دراسات عربية في علم النفس (مج٦، ع٤: أكتوبر ٢٠٠٧، ص ص (١-٢٩)

دور الأخصائيين النفسيين
في ممارسة العلاج المعرفي السلوكي

جمعة سيد يوسف(*)

ملخص: تهدف الدراسة الحالية إلى الوقوف على واقع ممارسة الأخصائيين النفسيين للعلاج المعرفى السلوكى فى علاج عدد من الإضطرابات النفسية مع تركيز خاص على مرضى الفصام. وقد تم تطبيق استمارة استبيان على مجموعة من الأخصائيين النفسيين (٥١ أخصائياً) ممن يعملون بعدد من المستشفيات الحكومية الكبرى بمدينة القاهرة، يتراوح المدى العمرى لهم بين ٢٤ – ٥٦ عاماً بمتوسط (٣٧,٣) وانحراف معيارى (١١,١)، منهم (١٩) من الذكور و(٣٢) من الإناث. وقد تم تحليل إجابات المبحوثين عن (٣٦) سؤالاً متنوعاً (جملة أسئلة الاستبيان) وتم عرض نتائج هذا التحليل ومناقشتها فى ضوء الخبرة العلمية والتراث النفسى المتاح فى هذا الموضوع. وفى ضوء هذه النتائج تم طرح عدد من المقترحات والتوصيات من أجل دفع العلاج المعرفى السلوكى إلى مقدمة العلاجات النفسية.

(*) أستاذ علم النفس الإكلينيكي ـ كلية الآداب ـ جامعة القاهرة.

مقدمة:

مما لاشك فيه أن الاضطرابات النفسية أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة إذ أن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية فهي في الحقيقة أكثر فروع الطب النفسى والعقلى شيوعاً، غير أن الحصول على أرقام دقيقة فى هذا الشأن أمر عسير إن لم يكن مستحيلاً (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ص ٩٣ - ٩٥). وتشير الخبرة العملية والملاحظات المتأنية إلى تزايد نسبة انتشار الاضطرابات النفسية وسوء التوافق لدى قطاعات عريضة، وبخاصة الشباب، وهو فيما يبدو أمر منطقى ينسجم مع ما اعترى الحياة المعاصرة من زيادة فى الضغوط ومثيرات المشقة وتنوعها، ومن إيقاع سريع للحياة وتعقدها جراء التقدم التكنولوجى المذهل، وما ارتبط بذلك من تغيّر فى منظومة القيم لدى الشباب. وكان من الطبيعى أن يترافق مع تلك الزيادة أو يترتب عليها زيادة الطلب على الخدمات العلاجية لعلاج الاضطرابات النفسية وبخاصة مع التغير الملحوظ فى الوعى الصحى، والتسامح إزاء الاضطرابات النفسية وتقبل فكرة علاجها والشفاء منها، والتلاشى التدريجى للوصمة التى لطالما ارتبطت بالمصابين باضطرابات نفسية أياً كانت طبيعتها ودرجتها، وغنى عن البيان أن العلاجات الطبية النفسية كانت ولا تزال تشكل الخيار الرئيسى لكثير من المضطربين وذويهم، ومع ذلك فمن الملاحظ أن هناك نوعاً من التشكك النسبى فى جدوى أو قيمة هذه العلاجات من قبل أهالى المرضى أحياناً للاعتقاد بأنها تسبب الإدمان ومشاكل أخرى، أو لملاحظة ارتفاع نسب الانتكاس حال الامتناع عن تعاطيها أو التوقف عنه. لذلك فإن العاملين فى هذا المجال - وبخاصة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين - يلاحظون زيادة فى طلب الخدمات النفسية، أو بالأحرى العلاجات النفسية والإرشاد النفسى سواء كان ذلك بإيعاز من بعض الأطباء النفسيين المستنيرين أو بعد تجربة طويلة فاشلة مع العلاجات الدوائية، أو عندما تكون المشكلات النفسية من النوع البسيط، الذى يعتقد أصحابه أنه ليس بحاجة إلى دواء بقدر ما هو بحاجة إلى نوع من التفهم والمساندة والشرح والتوجيه.

وقد يكون الشعور بزيادة الطلب على العلاجات النفسية أمراً جيداً ويمثل اعترافاً بقيمة هذه العلاجات وما ينبغي أن تحتله من مكانة بين المكونات العلاجية المختلفة وخاصة من جانب المشتغلين بالعلاج النفسي.

مشكلة الدراسة:

للأخصائى النفسى الإكلينيكى - منذ فترة طويلة - دور فى العلاج تزداد أهميته وتتعدد جوانبه مع الأيام، ويبدو أن هناك تزايداً فى السنوات الأخيرة فى أنواع العلاج التى يقدمها الأخصائى النفسى الإكلينيكى وفى مدى انتشارها، ويمكن أن يرجع هذا جزئياً إلى التسهيلات الواسعة المقدمة من أجل العلاج، ومع ذلك فإن تزايد فرص العلاج لا يمكن أن يقدم غير حل جزئى فحسب لمشكلة تلبية احتياجات المجتمع على المدى البعيد إذا لم يوضع فى الاعتبار أيضاً اتخاذ التدابير الاجتماعية الملائمة (هيئة الصحة العالمية، ١٩٨٥، ص ٥٢، ص ٥٧: مترجم)، غير أن الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى مؤسسات الصحة النفسية فى مصر - على سبيل المثال - ينطبق عليهم ما جاء فى تقرير اللجنة المشكلة من قبل هيئة الصحة العالمية لدراسة وضع الأخصائى النفسى فى مؤسسات الصحة النفسية والذى صدر عام ١٩٧٤م حيث ورد فى بعض أجزاء هذا التقرير ما نصه "**على الرغم من أن الأخصائى النفسى مؤهل بحكم تدريبه الأساسى للإسهام بشكل فعال فى نشاط مؤسسات الصحة النفسية فإن دوره داخل هذه المؤسسات ما يزال فى حاجة إلى مزيد من التحديد**" (المرجع السابق، ص٥١).

ويعكس ذلك بالطبع الفجوة بين ما يمكن للأخصائى النفسى الإكلينيكى القيام به وما يقوم به فعلاً خاصة فى مجال العلاج النفسى، فلا يقتصر الأمر على تضاؤل دور الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى ممارسة العلاج النفسى فى عالمنا العربى بل يمتد ليشمل ذلك التشعب فى أنواع العلاج النفسى التى يمكنهم تقديمها كنتيجة للاختلاف بين المدارس العلمية التى ينتمى إليها هؤلاء الأخصائيون، فما يزال البعض يروج للعلاج الدينامى والتحليل النفسى، بينما يتبنى البعض الآخر المناحى السلوكية وتعديل السلوك، والتطبيقات الحديثة للعلاج المعرفى، يضاف إلى ذلك أن النظم المعرفية تعتمد على الثقافة

والحضارة والتعلم البيئى، لذا يجب عدم استيراد النظم المعرفية الغربية وإنما يجب تقنين العلاج المعرفى الخاص بالقيم الأخلاقية والدينية فى مصر والبلاد العربية والذى يلائم تفكيرنا ومعتقداتنا (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص٢٢٦)، ومن المتفق عليه أن الأخصائيين النفسيين وكذلك الأطباء النفسيين لم يتلقوا تدريباً كافياً ومناسباً فى العلوم الاجتماعية، لذلك فإن مجموعة العمل ترى أنه من الواجب أن يتلقى الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون فى مختلف البلدان تدريباً مهنياً سليماً يمكن أن يقدم فى شكل مقررات لدراسة عليا لاحقة للدرجة الجامعية الأولى، على أن يكون برنامج هذه الدراسة مرناً وانتقائياً وأن يكون المضمون والاتجاه مؤسسين على المعرفة النظرية وعلى الخبرة العملية المتصلة بمشكلات البلد الذى يعمل فيه الأخصائى والمرحلة التى بلغها المجتمع فى التنمية، وينبغى أن يظل البرنامج الدراسى مشتملاً على تدريس التقدير النفسى كجانب رئيسى فى البرنامج، لكن بالإضافة إلى ذلك ينبغى أن يتعلم أيضاً الأساليب العلاجية المختلفة، كالعلاج النفسى، والعلاج الجمعى، وأساليب الإرشاد النفسى، مع قدر كاف من الأساس النظرى، وذلك لتمكين الطلاب من تطويع هذه الأساليب القديمة الخاصة بالعلاج وتعلم الجديد منها (هيئة الصحة العالمية، ١٩٨٥، ص ص٥٩ – ٦٠)، ويرى بعض الباحثين ضرورة أن يتمتع المعالجون النفسيون بمجموعة من الصفات فى الوقت الراهن، منها امتلاكهم لكل أسس استخدام أساليب العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للفهم الكامل للنماذج النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية (براون، أوليرى، وبارلو، ٢٠٠٢، ص٣٦٠).

وقد ظهر مصطلح العلاج المعرفى السلوكى فى التراث العلمى فى بداية الثلث الأخير من القرن العشرين وأصبح فى وقت قصير العلاج النفسى الرئيس فى معظم الدول المتقدمة (من خلال: ناصر المحارب، ٢٠٠٠، ص١)، وكما يستدل من اسمه يعتبر هذا النوع من العلاج النفسى كما عرفه كندال Kendall ١٩٩٣ محاولة دمج الفنيات المستخدمة فى العلاج السلوكى التى ثبت نجاحها فى التعامل مع السلوك مع الجوانب المعرفية لطالب الخدمة النفسية بهدف إحداث تغييرات

مطلوبة فى سلوكه. بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفى السلوكى بالجانب الوجدانى للمريض وبالسياق الاجتماعى من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية، وانفعالية، واجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه (المرجع السابق).

لقد كان العلاج المعرفى - على سبيل المثال - منذ أكثر من عشرين عاماً مضت مقصوراً على علاج الاكتئاب، وقد نشر بيك Beck وزملاؤه ١٩٧٩ دليلاً أو مرشداً للعلاج أطلقوا عليه "العلاج المعرفى للاكتئاب" والذى لا يقدم للأخصائى الإكلينيكى هاديات مفصلة لعلاج المرضى فحسب، وإنما يزود الباحثين بمشروع أو تصور علاجى مقنن يتعلق بدراسات تقويم العلاج المعرفى للاكتئاب (روبرت ليهى، ٢٠٠٦، ص ص٢٧ - ٢٨: مترجم).

ومنذ أن نُشر هذا الدليل أظهر عدد كبير من الدراسات التقويمية أن العلاج المعرفى فعال ومؤثر مثله مثل العلاج الطبى فى علاج الاكتئاب بل قد ينفرد عنه بمميزات وقائية على المدى الطويل - ليس هذا فحسب - بل أن هناك العديد من صور العلاج المعرفى التى تناسب نوعية واسعة من الاضطرابات التى يمكن علاجها مثل القلق، وتعاطى المواد النفسية، واضطراب الشخصية الحدية، والاضطراب البارانويدى، والصراعات الزواجية، والغضب (المرجع السابق، ص٢٩).

لكن ما ينبغى الانتباه إليه أن العلاج المعرفى أو المعرفى السلوكى ليس علاجاً سهلاً كى نطبقه، فينبغى أن يكون المعالج إيجابياً نشطاً مخلصاً، مخبراً، مؤثراً (المرجع السابق، ص٣٨)، وهو ما يبدو لب المشكلة التى نواجهها فى مصر والعالم العربى، حيث نعانى من نقص واضح فى عدد المعالجين النفسيين بصفة عامة والمؤهلين منهم لممارسة العلاج المعرفى السلوكى بصفة خاصة.

وإذا كان الواقع يُشير إلى نقص حاد فى عدد المعالجين النفسيين بصفة عامة والمؤهلين منهم لممارسة العلاج المعرفى السلوكى بصفة خاصة، وهم المعالجون الذين كان يتوقع منهم أن يسهموا فى حل مشكلة زيادة الطلب على العلاجات النفسية سواء بعملهم فى مراكزهم وعياداتهم الخاصة أو بتعاونهم مع الأطباء النفسيين، فإن

الوضع لا يختلف عن ذلك بالنسبة للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الذين يعملون فى مستشفيات الصحة النفسية أو على نحو أدق مستشفيات الأمراض العقلية. ومن المعلوم أن غالبية الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين (إذا جاز هذا التعبير حيث أن البعض منهم يعملون فى الميدان الإكلينيكى دون إعداد خاص فى هذا المجال) يعملون فى المستشفيات الرئيسية الكبرى للأمراض العقلية فى مصر ومنها مستشفى العباسية، والخانكة، ومصر الجديدة، وحلوان والمعمورة، بالإضافة إلى بعض المستشفيات الجامعية الملحقة بكليات الطب كمركز الطب النفسى بجامعة عين شمس، والقصر العينى (جامعة القاهرة)، ومن المعلوم أيضاً أن حوالى ٦٠ – ٧٠% من المرضى نزلاء المستشفيات العقلية من الفصاميين (أحمد عكاشة، ١٩٨٩، ص٢٥٠)، يضاف إلى ذلك أن الفصام كمرض عقلى يصيب ما بين ٠,٨٥ – ٣% من المجموع العام لأى شعب وهى نسبة خطيرة إذا أخذنا فى الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد فى سن الشباب والنضوج أى فترة العمل والدراسة والازدهار الفكرى مما يجعل الفصام ليس ظاهرة مرضية فحسب، بل ظاهرة تؤثر على الناحية الاقتصادية والاجتماعية (المرجع السابق)، هنا يثور سؤال عن الدور الذى يمارسه الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون لمساعدة هؤلاء المرضى، طبقاً لتخصصهم، للوصول إلى التحسن والشفاء، متجاوزين – بالطبع – مستوى التقدير التشخيصى.

إن هؤلاء المرضى – باعتراف الأطباء النفسيين – يحتاجون بعد تحسنهم النسبى إلى العلاج النفسى، حيث أنهم يفقدون الثقة فى أنفسهم عندما يدركون أنهم أصيبوا بمرض عقلى ويخشون نظرة المجتمع إليهم ويبدأون ثانية فى الانعزال مما يعرضهم لانتكاسة أخرى والدخول فى دائرة مغلقة لا تنتهى، خاصة وأنه بإمكان الأخصائيين النفسيين مساعدة هؤلاء المرضى بالتدريب على بعض المهارات الاجتماعية التى فقدوها أثناء المرض (أحمد عكاشة، ١٩٨٩، ص٣١٧)، ليس هذا فحسب بل تطبيق عدد أكبر من الأساليب السلوكية والمعرفية التى تصلح لمساعدة هؤلاء المرضى، لأنه برغم الفاعلية المؤكدة للعقاقير المضادة للذهان، فإن هناك

نسبة جوهرية من المرضى (حوالى ١٠- ٦٠%) تظل لديهم أعراض موجبة مقاومة للتداوى، ومن ثم يكونون بحاجة إلى علاجات نفسية يمكن أن تحسن الناتج المطلوب (Zimmermann et al., 2005) وقد أصبح الأخصائيون الذين يعملون مع الأشخاص المصابين بالاضطرابات الخطيرة والمزمنة أكثر اهتماماً بتطبيق العلاج المعرفى السلوكى على مرضى الذهان وهناك تقارير تصدر بشكل شهرى تقريباً عن دراسات جديدة لتقييم فوائد العلاج المعرفى السلوكى مع الأشخاص المصابين بالاضطرابات الذهانية (Glynn, 2006).

وقد أيدت ثلاث دراسات للتحليل الجمعى Meta analysis فوائد العلاج المعرفى السلوكى للأشخاص المصابين بالاضطرابات الذهانية برغم بعض الجدل حول قوة نتائج هذه الدراسات (Gould et al.,2001; Rector & Beck, 2001,Pilling et al.,2002) وهناك على الأقل خمسة نصوص متاحة تصف كيفية تنفيذ العلاج المعرفى السلوكى مع أشخاص ذوى اضطرابات ذهانية (Fowler et al., 1995 Chandwick et al., 1996; Nelson, 1997; kingdon & Turkeington, 2004; Morrisson et al., 2004) وتأسيساً على التقارير المبكرة لدراسة الحالة فقد تطورت المناحى المعرفية السلوكية المتخصصة لكى تخفف من الكرب المرتبط بالهلاوس Hallucinations، والهذاءات Delusions، وبالفعل أوضحت عدة دراسات أن العلاج المعرفى السلوكى يؤدى إلى آثار إكلينيكية واسعة على كل من عدد الأعراض الموجبة وشدتها، وبخاصة الكرب المرتبط بالهذاءات والهلاوس بالإضافة إلى التاريخ المرضى (الاضطراب النفسى العام) فى نهاية فترة العلاج وفى فترات المتابعة (Stahl, 1999; Rector et al., 2003; Zimmmermann et al., 2005).

وفى دراسة استطلاعية كانت تهدف إلى فحص فعالية العلاج المعرفى السلوكى الجمعى على الهلاوس السمعية، شارك فيها أحد عشر مريضاً من المقيمين بالمستشفى، مشخصين بالفصام المزمن أو اضطراب الفصام الوجدانى وذلك لمدد علاجية متفاوته (سبع جلسات مقابل

عشرين جلسة) أوضحت النتائج أن المشاركة فى كلتا المجموعتين ارتبطت بتغيرات إيجابية جوهرية فى معتقدات المشاركين حول الأصوات التى يسمعونها، وانخفاض فى الاستجابات السلبية لهذه الأصوات (Pinkham et al., 2003).

إن استمرار الأعراض يعد أمراً ضاغطاً وله مترتبات على نوعية الحياة Quality of Life لدى كل من الفرد والأسرة، من هنا تبدو الحاجة مستمرة إلى علاجات تستهدف الأعراض المستمرة والمزمنة، وهناك دليل متنامى على فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض الأعراض الموجبة Positive والسالبة Negative المستمرة، وتوجد دراسات منهجية مضبوطة اهتمت بفحص مدى فعالية العلاج المعرفى السلوكى للفصاميين سواء خلال مرحلة إزمان المرض أو خلال المرحلة الحادة (Rector et al., 2003).

مما تقدم يمكننا أن نخلص إلى التساؤل الرئيسى التالى للدراسة الراهنة وهو: "**ما مستوى تأهيل الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى مجال العلاج المعرفى السلوكى، ومدى ممارستهم له فى علاج المصابين بالاضطرابات النفسية بصفة عامة، ومرضى الفصام بصفة خاصة** " ؟.

أهداف الدراسة:

تستهدف الدراسة الراهنة ما يلى:-

١- الوقوف على مستوى تأهيل الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى مجال العلاج المعرفى السلوكى.

٢- التعرف على مدى ممارسة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين للعلاج المعرفى السلوكى لمساعدة المرضى المصابين باضطرابات نفسية مختلفة كالقلق والاكتئاب والوسواس القهرى وغيرها.

٣- استكشاف مدى وعى هؤلاء الأخصائيين النفسيين بإمكانية ممارسة العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام، ومدى قيامهم بذلك الدور بحكم عملهم فى مستشفيات الأمراض العقلية باعتبار أن غالبية نزلائها من مرضى الفصام.

منطلقات الدراسة:

تستند الدراسة الراهنة إلى عدد من المنطلقات والمبررات التى تدعم أهميتها ومن ذلك ما يلى:-

١- أهمية العلاج المعرفى السلوكى فى الوقت الراهن، واتساع استخدامه إلى ما وراء علاج الاكتئاب، حيث يستخدم بفاعلية فى علاج اضطراب الهلع واضطراب كرب ما بعد الصدمة، وتعاطى المواد النفسية والاضطراب البارانويدى الهذائى، والصراع الزواجى، والاختلالات الجنسية، ومدى واسع من الاضطرابات الوجدانية واضطرابات الشخصية (ليهى، ٢٠٠٦، التصدير، George et al., 2005).

٢- زيادة الطلب على الخدمات النفسية وذلك كنتيجة لزيادة الاضطرابات النفسية، خاصة مع سرعة إيقاع الحياة، وزيادة مثيرات الضغوط النفسية، والتقدم التكنولوجى، واختلال منظومة القيم.

٣- نقص الكوادر المدربة على تقديم العلاج المعرفى السلوكى، والندرة الواضحة فى الأماكن المتخصصة التى يمكن أن تقدم التدريب فى مجال العلاج المعرفى السلوكى.

٤- اعتراف الأطباء النفسيين بأهمية العلاجات المعرفية السلوكية فى مقابل العلاجات الدوائية، خاصة فى أمراض الاكتئاب والقلق والرهاب وغير ذلك، بل أن الأمر لم يعد يقتصر على الأمراض النفسية (العصابية)، بل تعداها إلى محاولة استخدام العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الذهان، ورغم أن الأدوية المضادة للذهان تعتبر فعالة فى علاج الأعراض الإيجابية الحادة للفصام (على سبيل المثال) وفى منع تكرار الانتكاس، فإن هناك نسبة جوهرية من المرضى الذين يواصلون الشعور بمشكلات جوهرية حتى عند التوجه لأفضل أنواع العلاج الفارماكولوجى (Stahl, 1995)، كما تشير دراسات أخرى إلى أن مرضى الفصام الذين يتلقون علاجات جديدة للذهان، يستمرون فى المعاناة من عجز اجتماعى ملحوظ وقدرة وظيفية ضعيفة (Eack et al., 2007).

٥- إمكانية الاستفادة من العلاج المعرفى السلوكى فى علاج مرضى الذهان بصفة عامة، ومرضى الفصام بصفة خاصة، وقد أصبح الأخصائيون الإكلينيكيون الذين يعملون مع الأشخاص المصابين بالاضطرابات الخطيرة والمزمنة أكثر اهتماماً بتطبيق العلاج المعرفى السلوكى على الذهان وهناك تقارير تصدر بشكل شهرى تقريباً عن دراسات جديدة لتقييم فوائد العلاج المعرفى السلوكى على

الأشخاص المصابين بالاضطرابات الذهانية (Glynn, 2006) كما سبقت الإشارة.

٦- ضرورة إيجاد وسيلة لحل بعض المشكلات المهنية التى يعانى منها الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون فى مصر والعالم العربى ومنها غموض الدور الذى يقومون به ومحاولة تهميشهم من خلال حصر دورهم فى التقدير التشخيصى (هيئة الصحة العالمية، ١٩٨٥، ص٥١)، ومن ثم فإن تدريبهم على العلاج المعرفى السلوكى - كأحد أشكال العلاج النفسى - التى يمكنهم الاضطلاع بها، والإسهام فى علاج المرضى النفسيين كفيل بإعطائهم الفرصة لإثبات ذواتهم وإضفاء القيمة والمشروعية على المهنة التى يمارسونها.

المنهج والإجراءات:

تقع هذه الدراسة فى إطار المنهج الوصفى وهى من النوع الاستكشافى الذى يحاول إلقاء الضوء على واقع الممارسة الإكلينيكية للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين وبخاصة فى مجال ممارسة العلاج المعرفى السوكى، وفيما يلى نلقى الضوء على المكونات المنهجية لهذه الدراسة.

(١) وصف العينة:

تتألف عينة الدراسة من واحد وخمسين أخصائياً نفسياً ممن يعملون فى المجال الإكلينيكى، منهم تسعة عشر ذكراً، واثنتين وثلاثين من الإناث، يتراوح المدى العمرى لهم جميعاً بين ٢٤ - ٥٦ سنة بمتوسط مقداره ٣٧,٣ وانحراف معيارى ± ١١,١، حصل واحد وثلاثون منهم على الدرجة الجامعية الأولى فى علم النفس، وحصل ثمانية عشر منهم على دبلوم فى علم النفس، وحصل واحد على الماجستير وآخر على الدكتوراه، تتراوح مدة العمل فى مهنة الأخصائى النفسى بين سنة واحدة، و٣٢ سنة بمتوسط قدره ١٣,٧ وانحراف معيارى ± ١٠,٢ سنة، يعملون جميعاً فى مستشفيات الصحة النفسية الرئيسية وهى: دار الاستشفاء للصحة النفسية بالعباسية، مستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية، مركز الطب النفسى بجامعة عين شمس، وقسم الطب النفسى بكلية طب القصر العينى.

(٢) وصف أداة الدراسة:

تتكون أداة الدراسة (استمارة استبيان) من جزئين أولهما عبارة عن مجموعة من البيانات الأولية كالنوع،

والعمر، والمؤهل الدراسى، ومدة العمل ومكانه... الخ، وثانيهما وهو الجزء الأساسى الخاص بموضوع الدراسة الراهنة ويتكون من ٣٧ سؤالاً متنوعاً ما بين أسئلة مغلقة النهاية، وأخرى مفتوحة، وثالثة أسئلة اختيار من متعدد، وكلها تدور حول مدى دراسة العلاج المعرفى السلوكى والتدريب عليه وممارسته مع إفراد جزء خاص لمدى ممارسة العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام، وقد مرت عملية بناء استمارة الاستبيان بعدة مراحل نجملها فيما يلى:-

١- الاطلاع على التراث الخاص بالعلاج المعرفى السلوكى وتطبيقاته المختلفة.

٢- وضع مجموعة متنوعة من الأسئلة المبدئية التى تحقق أهداف الدراسة.

٣- عرض هذه الأسئلة فى صورتها المبدئية على عشرة محكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس - بآداب القاهرة لإبداء الرأى فيها.

٤- تم تفريغ الملاحظات التى أسفرت عنها هذه الخطوة والتى تمثلت فى حذف بعض الأسئلة خاصة التى تنطوى على أقدار مختلفة من التكرار، وحذف الاستبيان الذى وضع فى نهاية الاستمارة وهو عبارة عن بنود يجاب عنها "بنعم" أو "لا" باعتبار أن ما فيه متضمن فى الجزء الأول وإضافة بعض التفصيلات فيما يتعلق بالبيانات الأولية أو الأسئلة الرئيسية، وإعادة ترتيب بعض أجزاء الاستمارة وأخيراً تحويل بعض الأسئلة المفتوحة إلى أسئلة اختيار من متعدد، وقد تم إجراء جميع الملاحظات التى أوصى بها المحكمون.

٥- تم إعادة الاستمارة بعد إجراء هذه التعديلات إلى خمسة من المحكمين العشرة لإبداء الرأى وقد عبروا جميعاً عن موافقتهم على ما تم إدخاله من تعديلات.

٦- تم إعداد الاستمارة فى صورة نهائية وطباعتها وتجهيزها للتطبيق.

الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

(أ) الثبات:

تم حساب ثبات أسئلة الاستمارة بطريقة إعادة التطبيق على ثلاثة عشر أخصائياً نفسياً من العاملين بدار الاستشفاء للصحة النفسية بالعباسية (٣ ذكور و ١١ إناث) وتم استخدام أكثر من طريقة لحساب ثبات الأسئلة طبقاً لطبيعتها حيث تم استخدام نسبة الاتفاق

لحساب ثبات أثنى عشر سؤالاً تراوحت نسب الاتفاق بين ٧٦,٩٢% و ١٠٠%، كما تم استخدام معامل التوافق لحساب ثبات أربعة أسئلة وتراوح معامل التوافق بين ٠,٧٨ و ٠,٩٢، وكذلك تم حساب معامل ارتباط بيرسون لعدد أحد عشر سؤالاً وتراوحت معاملات الارتباط بين ٠,٨٥ و ٠,٩٥، وجميع معاملات الثبات السابقة مرتفعة وتطمئن إلى استخدام استمارة الاستبيان فيما أعدت له.

(ب) الصدق:

تم تقدير صدق الأداة بطريقتين: الأولى طريقة التكامل المتبادل وطريقة الاتفاق مع توقع معقول (سويف وآخرون، ١٩٨٧، ص١٥) والمقصود بالتكامل المتبادل هو تكامل البنود بدلاً من تعارضها أو تناقضها داخلياً أى أن تكون مجموعة من الإجابات الصادرة رداً على الأسئلة التى تتناول الجوانب المختلفة لمجال واحد ملتقية فيما بينها على تكوين صورة خالية من التناقضات الداخلية، وأما الاتفاق مع توقع معقول فالمقصود به أن تكون الإجابات متفقه مع توقعات يمليها منطق الأحداث أو تمليها نتائج بحوث سابقة حول جوانب أخرى من الظاهرة التى نقوم بدراستها (المرجع السابق).

ومن ذلك على سبيل المثال أن الذين لم يحصلوا على تدريب متخصص فى العلاج المعرفى السلوكى ولم يدرسوه دراسة نظامية لا يعرفون الجهات أو المؤسسات التى تقدم تدريباً متخصصاً فى العلاج المعرفى السلوكى فى مصر، كذلك فإن الذين أجابوا بأن تدريبهم فى العلاج المعرفى السلوكى ليس كافياً، نفوا أن يكونوا قد مارسوه على نحو واسع أو استخدموه لعلاج مرضى الفصام، ويمكن التأكد من مزيد من صدق أسئلة الاستبيان عند عرض نتائج الدراسة.

(٣) إجراءات التطبيق:

تم تطبيق أداة الدراسة تطبيقاً فردياً، حيث تم توزيع الاستمارة على المبحوثين وتركت لهم حرية الإجابة عنها، وقد استعان الباحث ببعض الأخصائيين النفسيين* فى الوصول إلى المبحوثين وغنى عن البيان أن عدد الاستمارات الذى تم توزيعه أكبر مما

---

* أتوجه بخالص الشكر إلى كل من الأستاذة/ سامية أبو العلا والأستاذ/ إبراهيم عتريس والأستاذة / آمال حسين للمساعدة فى هذا الخصوص.

تم الحصول عليه حيث لم يستجب بعض الأخصائيين النفسيين، كما تم استبعاد بعض الاستمارات التى بها نقص فى البيانات.

(٤) أساليب التحليل الإحصائى:

أخضعت البيانات لتحليل إحصائى بسيط تمثل فى حساب التكرارات والنسب المئوية لعدد من الأسئلة بالإضافة إلى بعض الاستجابات الكيفية التى تم رصدها.

عرض النتائج ومناقشتها:

تنقسم استمارة البحث داخلياً إلى ثلاثة أقسام: الأول خاص بواقع دراسة العلاج المعرفى السلوكى والتدريب عليه، والثانى خاص بمدى ممارسة الأخصائيين النفسيين للعلاج المعرفى السلوكى بصفة عامة، والثالث متعلق بمدى ممارسة الأخصائيين النفسيين للعلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام بوجه خاص.

ويبدأ القسم الأول بالسؤال عن دراسة الأخصائيين النفسيين للعلاج المعرفى السلوكى دراسة نظامية والمرحلة الجامعية التى تم فيها ذلك، وذلك نظراً لاختلاف الجامعات التى تخرج منها هؤلاء الأخصائيون والتفاوت فى درجة العناية بتدريس العلاج المعرفى السلوكى سواء فى المرحلة الجامعية الأولى (الليسانس) أو على مستوى الدراسات العليا، وقد أجاب ٢٥ أخصائياً من جملة (٥١) أخصائياً (٤٩,٠٢%) بالإيجاب، فى مقابل (٥٠,٩٨%) لم يتلقوا هذه الدراسة النظامية سواء فى المرحلة الجامعية الأولى أو فى الدراسات العليا.

وعند سؤال الذين درسوا العلاج المعرفى السلوكى عن المرحلة الجامعية التى درسوه فيها أجاب ١٤ (٥٦%) بأن ذلك كان فى مرحلة الليسانس، بينما ذكر ١٣ (٥٢%) أن ذلك كان فى الدراسات العليا (يلاحظ أن هناك حالتين درستا ذلك فى كل من الليسانس والدراسات العليا)، ولما كانت دراسة مقرر أو جزء من مقرر فى العلاج النفسى عموماً أو فى العلاج المعرفى السلوكى خصوصاً هى مجرد مدخل لتحصيل المعلومات توطئة لمزيد من التخصص والتعمق فيه فقد حاولنا سبرغور هذه النقطة بمزيد من الأسئلة، حيث وجهنا سؤالاً لهؤلاء جميعاً عن مدى حصولهم على دورات تدريبية متخصصة فى العلاج المعرفى السلوكى وذلك لعلمنا - بل ومشاركتنا - فى تقديم مثل هذه الدورات فى بعض المؤسسات، وقد أجاب ٥٦,٨٦% (٢٩ أخصائيا) بأنهم حصلوا على مثل هذه الدورات، ومن أجل الوقوف على

مستوى هذه الدورات ودرجة تخصصها وأماكن تقديمها فقد وجهنا سؤالاً يشمل عدة بيانات مطلوبة أولها خاص بعدد الدورات التى حصل عليها كل متدرب، وتراوح العدد بين دورة واحدة وخمس دورات كحد أقصى، وكانت مدة هذه الدورات تتراوح بين ثلاثة أيام وأسبوعين (باستثناء حالة واحدة فقط كانت المدة ستة شهور لإحدى الأخصائيات التى سافرت للخارج). بينما كانت المدة الغالبة هى أسبوع واحد فقط، أما عن الجهات التى قدمت هذه الدورات فقد جاءت مستشفى العباسية على رأس هذه الأماكن (مع ملاحظة أن معد هذه الورقة قد شارك فى تقديم دورة عامة لمدة ثلاثة شهور وقدم منفرداً دورة لمدة ٦٠ ساعة فى العلاج المعرفى السلوكى فى المكان سالف الذكر لعدد من الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين) يلى ذلك رابطة الأخصائيين النفسيين وبعض المراكز الخاصة، ثم مركز الطب النفسى بجامعة عين شمس ومركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس، ومستشفى الصحة النفسية بمصر الجديدة، والمجلس القومى للطفولة والأمومة وأماكن أخرى متفرقة (ويلاحظ أن هذه الأماكن ذكرت مرة واحدة فقط كما أن بعض الدورات لم تكن متخصصة بالكامل فى العلاج المعرفى السلوكى رغم أن السؤال كان موجهاً لهذا الأسلوب العلاجى تحديداً)، ويأتى أساتذة علم النفس على رأس المدربين الذين قدموا هذه الدورات، يليهم الأطباء، وأخيراً تتنوع الأمراض التى تم التدريب على علاجها بين الاكتئاب، والقلق، والوسواس، والفصام، والمخاوف، وأمراض أخرى، وأكثر من مرض، والاعتماد على المواد النفسية والاضطرابات الجنسية.

والموقف السابق فى جملته يكشف عن نقص واضح فى مدى تأهيل هؤلاء الأخصائيين فى مجال العلاج المعرفى السلوكى، حيث أن أكثر من ٥٠% من العينة لم يدرسوا هذا النوع من العلاج دراسة نظامية، وهو ما يعنى أنهم لن يستطيعوا الوفاء بمتطلبات هذا العلاج، وربما الأساليب العلاجية الأخرى، وهو ما يعنى أيضاً أنهم سيظلون عند حدود المساعدة فى عمليات التقدير Assessment وهو الدور الذى ينظر إليه الأطباء النفسيون بل والمتخصصون فى علم النفس على أنه دور تقليدى ينبغى تجاوزه، وأنه لم يعد كافياً للحصول على التقدير الرسمى

والاعتراف المهنى، وهو ما يساعد على إيجاد مشكلات مهنية تؤثر فى مدى نمو هؤلاء الأخصائيين النفسيين، وتؤثر أيضاً على العلاقات داخل فريق العمل وتنعكس أخيراً بالسلب على المرضى. فإذا ما نظرنا إلى أولئك الذين درسوا العلاج المعرفى السلوكى دراسة نظامية، والذين حصلوا على دورات تدريبية فيه، سنجد أن الوضع ليس مرضياً إلى حد كبير فى ضوء الزيادة المضطردة فى عدد المرضى النفسيين والتزايد الواضح فى الطلب على العلاج النفسى كما سبقت الإشارة، أضف إلى ذلك أن هذه الدورات لا تبدو كافية سواء من حيث عددها أو من حيث الفترة الزمنية التى استغرقتها، ويكفى هنا أن نشير إلى أن القانون المنظم لمهنة العلاج النفسى وهو القانون رقم (١٩٨) لسنة ١٩٥٦ قد نص فى الفقرة (هـ) من الجزء (أولاً) فى المادة (١) على ما يلى "فيما يتعلق بالفئات التى يرخص لها بممارسة العلاج النفسى" الحاصلين على مؤهل عال فى علم النفس من إحدى الجامعات أو أحد المعاهد فى مصر أو فى الخارج وأعدوا أنفسهم للتخصص فى العلاج النفسى لمدة سنتين على الأقل بأحد معاهد العلاج النفسى أو بمؤسساته والتى تقدمت بها اللجنة المذكورة أو يكون تحت إشرافها وبعد اجتيازه امتحاناً أمام اللجنة" (مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص ص٤٧ – ٤٨)، ونحن هنا لا نشير إلى الجانب الرسمى وهو الحصول على الترخيص، بقدر ما يعنينا فترة التدريب اللازمة لممارسة العلاج النفسى بصفة عامة، وهو بالطبع ما ينطبق على العلاج المعرفى السلوكى باعتباره ضمن منظومة العلاج النفسى.

ومن النتائج المهمة التى ينبغى الوقوف أمامها فى هذا القسم أن الغالبية العظمى (٢٧ أخصائياً) ٩٣,١٠% عبروا عن عدم رضاهم عن هذا التدريب وأنه غير كاف لممارسة العلاج المعرفى السلوكى، كما أبدى ٩٦,٠٨% من العينة الكلية رغبتهم فى الحصول على مزيد من التدريب على العلاج المعرفى السلوكى وذلك من أجل صقل مهارات التدريب لديهم، وزيادة خبرتهم بهذا النوع من العلاج

وتحديث معلوماتهم فى مجال العلاج المعرفى السلوكى.

وكان لابد من التعرف على مدى اهتمامهم الفعلى بالمشكلة التى يعانون منها ومدى وعيهم بالمعوقات التى تحول دون حصولهم على مثل هذا التدريب الذى يرغبون فيه، وقد أجاب ٤١,١٨% (٢١ أخصائياً) بأنهم يعرفون الأماكن التى يمكن أن تقدم التدريب فى هذا المجال وذلك مقابل ٥٤,٩٠% (٢٨ أخصائياً) (بالإضافة إلى حالتين لم تجيبا عن هذا السؤال) لا يعرفون هذه الأماكن وللتأكد من جدية هذه المعرفة تم توجيه سؤال عن تحديد هذه الأماكن وكانت الإجابات كالتالى (ن = ٢١ أخصائياً).

١- رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (١٧) ٨٠,٩٥%

٢- مركز البحوث النفسية بجامعة القاهرة (١٠) ٤٧,٦٢%

٣- مركز البحوث النفسية بجامعة عين شمس (٣) ١٤,٢٩%

٤- مستشفى العباسية (٢) ٩,٥٢%

٥- بعض المراكز الخاصة (٥) ٢٣,٨١%

أما معوقات الحصول على تدريب مناسب فى مجال العلاج المعرفى السلوكى فيلخصها الجدول التالى:-

جدول (١)

معوقات الحصول على تدريب مناسب في مجال العلاج المعرفي السلوكي

م	المعوقات	ك	%
١	قلة الإمكانات المادية	١٥	٢٩,٤١
٢	الانشغال فى العمل وعدم توافر الوقت	٩	١٧,٦٥
٣	قلة الأماكن التى تقدم التدريب	٩	١٧,٦٥
٤	عدم حماس المسئولين بالمستشفيات للحصول على التدريب	٥	٩,٨٠
٥	قلة عدد المدربين المؤهلين	٤	٧,٨٤
٦	عدم المعرفة بمواعيد الدورات وأماكنها	٣	٥,٨٨
٧	اقتصار التدريب على الجانب النظرى عادة	٣	٥,٨٨
٨	عدم توفر مصادر باللغة العربية يمكن الرجوع إليها	٢	٣,٩٢

تابع جدول (١)

م	المعوقات	ك	%
٩	عدم الإعلان عن الدورات بشكل مناسب	١	١,٩٦
١٠	هذا العلاج غير متاح فى مصر	١	١,٩٦
١١	الدورات غير مناسبة	١	١,٩٦
١٢	نقص الدافعية	١	١,٩٦
١٣	تقدم العمر وعدم جدوى التدريب	١	١,٩٦
١٤	تفضيل أنواع أخرى من العلاج كالتحليل النفسى	١	١,٩٦
١٥	أخرى	١١	٢١,٥٧
١٦	غير مبين	٩	١٧,٦٥

وتنطوى النتائج السابقة على بعض الجوانب الإيجابية لعل أهمها ذلك الوعى بوجود مشكلة تتعلق بممارسة العلاج المعرفى السلوكى والاعتراف بالنقص فى التدريب عليه وما يعترض سبيل ذلك التدريب، إلا أن الجانب السلبى الذى تحمله هذه النتائج هو كثرة المعوقات التى أبداها الأخصائيون النفسيون، والتى تتعلق بالأخصائيين أنفسهم مثل نقص الدافعية واليأس فى تحصيل التدريب نتيجة التقدم فى العمر وقرب ترك العمل والتقاعد، ومع ذلك فهناك عقبات وعوائق يمكن التغلب عليها إذا ما توفرت الرغبة فى مواصلة التخصص فى هذا المجال، وإن كان ذلك بحاجة إلى تكاتف الجهود من جانب الأخصائيين والمؤسسات التى يعملون بها، والمؤسسات الأخرى التى باستطاعتها تدبير النفقات المادية أو تقديم تدريب نوعى متطور ومن ذلك على سبيل المثال أقسام علم النفس ومراكز البحوث النفسية ومراكز الخدمة النفسية، والمستشفيات التى تتيح فرص التدريب العملى لتوفر المرضى بها. ولعل الجهود التى تبذل الآن بالتعاون بين مركز الطب النفسى بجامعة عين شمس، وقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة القاهرة تهدف إلى توفير نوع من التدريب المناسب الذى يؤهل الراغبين فى الحصول على ترخيص ممارسة العلاج النفسى، وفى الوقت نفسه توفير كوادر تدريبية تقوم بهذه المهمة للتغلب على مشكلة نقص المدربين ونقص أماكن التدريب.

فإذا انتقلنا للقسم الثانى من استمارة الاستبيان والتى تدور حول مدى ممارسة الأخصائيين النفسيين للعلاج المعرفى السلوكى بالفعل فى علاج أمراض نفسية متنوعة سنجد أن الذين أجابوا بالإيجاب عن سؤال بممارسة العلاج المعرفى السلوكى فى الوقت الحاضر (٢٣) أخصائياً (٤٥,١٠%) فى مقابل (٢٨) أخصائياً أكدوا أنهم لا يمارسونه (٥٤,٩٠%)، وعندما سألنا الذين أجابوا بالإيجاب عن نوع الأمراض التى عالجوها وعدد الحالات والأساليب العلاجية المستخدمة أسفرت الإجابات عن قائمة الأمراض التالية:-

جدول (٢)

قائمة الأمراض النفسية التى عالجها الأخصائيون النفسيون باستخدام العلاج المعرفى السلوكى

م	الأمراض	ك	%
١	قلق	١٧	٧٣,٩١
٢	اكتئاب	٢١	٩١,٣٠
٣	مخاوف	٨	٣٤,٧٨
٤	وسواس قهرى	١٣	٥٦,٥٢
٥	اضطرابات شخصية	٧	٣٠,٤٤
٦	فصام	٦	٢٦,٩
٧	أمراض متنوعة (كرب ما بعد الصدمة، الهلع، الخلجات، الإدمان، الاضطرابات الجنسية، مشكلات أسرية، صعوبات تعلم).	١٢	٥٢,١٧

ومن الملاحظ أن الاكتئاب يأتى على رأس القائمة يليه القلق ثم الوسواس القهرى ثم المخاوف (وهى مجموعة الأمراض التى تنتمى إلى الاضطرابات العصابية) يلى ذلك اضطرابات الشخصية، ثم الفصام وأخيراً نسب ضئيلة من أمراض متعددة تم جمعها تحت مسمى "**أمراض متنوعة**".

أما عن عدد الحالات فتراوح بين حالة واحدة و٥٠ حالة والشائع هنا أربع أو خمس حالات، وقد ذكر المستجيبون عدداً من الأساليب التى استخدموها بعضها لا يدخل بالتحديد

تحت مسمى العلاج المعرفى السلوكى ومن ذلك الإرشاد النفسى والإرشاد العام، كما ذكر بعضهم العلاج المعرفى دون تحديد، أما الأساليب التى تنتمى إلى العلاج المعرفى أو العلاج السلوكى فكان منها، تعديل المفاهيم، التدعيم، العلاج المعرفى السلوكى عند بيك، توكيد الذات، التدريب على التواصل، الضبط الذاتى، الاسترخاء، العلاج باللعب، التنفير، التحصين التدريجى، الاقتفاء، التدريب على المهارات الاجتماعية، الممارسة السالبة، ممارسة الأنشطة السارة. ويلتقى ما سبق ما يؤكده روبرت ليهى (٢٠٠٦) من أن العديد من المعالجين يستخدمون أساليب متشابهه ويقترب المعالجون المعرفيون من العلاج السلوكى باستخدام التعرض للمثيرات المخيفة، والاقتداء والاسترجاع السلوكى، والتدريب على الاسترخاء، وجدولة النشاط وتحديد المهام المتدرجة والتدريب التوكيدى، ومهارات الإنصات والتخاطب، والتدعيم الذاتى، كما يمتلك المعالج السلوكى مجموعة من الأساليب القوية المشتقة من النموذج المعرفى وتشمل توجيه أو مراقبة التفكير، وتبويب الأفكار السلبية فى فئات والترتيب الهابط وتحديد الافتراضات الضمنية وغيرها (ص ص ٣٣ – ٣٤)، ولكن تبقى المشكلة فى درجة الإتقان عند ممارسة هذه الأساليب، والعائد الذى تحقق منها فى ظل نقص التدريب وتواضع التأهيل الذى كشفت عنه النتائج السابقة، غير أنه يمكن اعتبار ذلك مجرد بداية يمكن الانطلاق منها والبناء عليها.

أما الذين أجابوا بأنهم لا يمارسون العلاج المعرفى السلوكى فى الوقت الحاضر فقد تم سؤالهم عن السبب فى ذلك فكانت الإجابات كما يوضحها الجدول التالى:-

جدول (٣)

أسباب عدم ممارسة العلاج المعرفي السلوكي

م	السبب	(ن = ٢٨)	%
١	تأهيلي ليس كافياً	١٩	٦٧,٨٦
٢	ظروف العمل فى المستشفيات لا تسمح	١٥	٥٣,٥٧
٣	هذا العلاج لا يصلح للأمراض التى أتعامل معها	٦	٢١,٤٣

تابع جدول (٣)

م	السبب	(ن = ٢٨)	%
٤	لأنه يستغرق وقتاً طويلاً	٥	١٧,٨٦
٥	لأنه مكلف	٤	١٤,٢٩
٦	لأن الأطباء لا يسمحون بذلك	٣	١٠,٧١
٧	أخرى	١	٣,٥٧

وإذا ما تخطينا عدم كفاية التأهيل، باعتباره يعبر عن درجة من الصدق والاعتراف، فإن بقية الأساليب تبدو واهية إلى حد كبير، لأن ظروف العمل بالمستشفيات قد سمحت للبعض بالحصول على تدريب فى هذا لمجال كما قدمناه فى مستشفى العباسية لعدد من الأخصائيين النفسيين، وقد تحملت المستشفى – أو جهة ما تتبعها المستشفى – تكاليف تنفيذ هذه الدورات، بل أن عدداً من الأطباء انتظموا فيها، وغنى عن البيان أن التدريب على العلاج المعرفى السلوكى لا يستغرق وقتاً طويلاً مقارنة بأنواع أخرى من العلاج كالعلاج بالتحليل النفسى مثلاً، أما دعوى أنه غير مناسب للأمراض التى يتعامل معها بعض الأخصائيين فهى دعوى مردود عليها بأنه لا يوجد علاج معرفى سلوكى هكذا يقدم دفعة واحدة أو أن هناك أسلوباً واحداً فقط (ليهى، ٢٠٠٦، ص٣٩) بل المعروف أن هناك طيفاً واسعاً من الأساليب والفنيات المعرفية والسلوكية التى يمكن الاختيار من بينها وما يتناسب مع الأمراض النفسية المختلفة، بل أن المعروف أيضاً أن المعالجين المعرفيين يدخلون أعمالاً ونماذج سيكولوجية أخرى من خارج هذا النظام فى أعمالهم وبشكل متكامل (المرجع السابق) وهو ما يفعله المعالجون السلوكيون أيضاً.

وتأكيداً لبعض ما ورد فى الجدول السابق عن دور الأطباء، فقد تم السؤال عن مدى قيام الأطباء بتحويل حالات إلى الأخصائيين النفسيين لممارسة العلاج المعرفى السلوكى معها، وقد أجاب ٢٢ (٤٣,١٤%) بالإيجاب وذلك مقابل ٢٩ (٥٦,٨٦%) نفوا ذلك، وقد توجهنا لهؤلاء بالأسباب التى تقف خلف هذا الموقف من جانب الأطباء فجاءت النتائج كما يلخصها الجدول التالى.

جدول (٤)

أسباب عدم تحويل الأطباء للحالات إلى الأخصائيين النفسيين لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي معها

م	السبب	ك	%
١	لتفضيلهم العلاج الدوائي	٢٢	٥٧,٨٦
٢	لأن ظروف العمل لا تسمح بذلك	١٥	٩,٧٢
٣	لعدم معرفتهم بالعلاج المعرفي السلوكي	٨	٢٧,٥٩
٤	لاعتقادهم بأن الأخصائيين غير مؤهلين	٦	٢٠,٦٩
٥	أخرى	١	٣,٤٥

وربما يكون تفضيل الأطباء للعلاج الدوائي منسجماً مع تخصصهم وطريقة إعدادهم والرغبة فى تحقيق تحسن أسرع خاصة فى الحالات الحادة والشديدة، ولكن المستقر الآن أنه برغم فعالية العلاجات الدوائية فإن الحاجة إلى علاج نفسى للتعامل مع الأعراض الموجبة والسالبة المستمرة والمزمنة، والأعطاب المعرفية المتبقية والكرب المرتبط بالهلاوس والهذاءات تبدو متزايدة.

(Zimmermann, et al., 2005, George et al., 2005, Penades et al., 2006; Dickerson, 2000)

أما بقية الأسباب فيمكن تفهمها والعمل على إزالتها، فى ضوء ما نلاحظه من تغير فى موقف الأطباء النفسيين تجاه مهنة الأخصائى النفسى بل وسعيهم إلى استقطاب الأخصائيين الحاصلين على دراسات عليا (كدبلوم علم النفس التطبيقى) للعمل معهم فى مراكزهم وعياداتهم الخاصة، من هنا فإن المشكلة الأساسية تكمن فى رغبة الأخصائيين النفسيين ودافعيتهم للتدريب على هذا النوع من العلاج وممارسته.

وفى القسم الثالث والأخير من استمارة الاستبيان دارت الأسئلة حول مدى تأهيل الأخصائيين النفسيين وممارستهم للعلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام، حيث أجاب ٣ (٥,٨٨%) بالإيجاب، بينما نفى ذلك ٤٨ أخصائياً (٩٤,١٢%).

وقد تراوح عدد الدورات التدريبية التى حصل عليها هؤلاء من دورة واحدة إلى ثلاث دورات، وتراوحت مدة هذه الدورة بين أسبوع وأسبوعين،

بينما حالة واحدة حصلت على هذا التدريب ضمن دراسة فى لندن لمدة ستة شهور، وقد شارك فى تقديم هذا التدريب أساتذة علم النفس الأطباء النفسيون، وقد اعتبرت غالبية العينة أنهم غير مؤهلين أساساً لممارسة العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام وأنهم بحاجة ماسة إلى مثل هذا التدريب وعللوا ذلك بأنه غالبية المرضى الذين يتعاملون معهم من مرضى الفصام (٣٣,٣٣%) والتعرف على أساليب جديدة (٢٣,٥٣%) وعدم كفاية التدريب السابق (١٧,٦٥%) أسباب أخرى (١,٩٦%).

أما الذين أجابوا بلا فقد برروا ذلك بعدم توافر الخبرة فى هذا المجال، ولأنهم لا يتعاملون مع حالات الفصام (الذين يعملون فى أقسام الأطفال على سبيل المثال)، وقد أجاب خمسة أخصائيين (٩,٨٠%) عن سؤال يتعلق بمدى ممارسة العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام فى الوقت الراهن بالإيجاب، وتراوح عدد الحالات التى تم التطبيق عليها بين ثلاث وخمس حالات، استخدمت معها أساليب من قبيل تغيير مفهوم الذات، وتأكيد الذات، والتدريب على التواصل، والتدعيم وتعديل نمط التفكير، وتشتيت الانتباه.

أما الذين لا يمارسون العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام فقد أرجعوا ذلك للأسباب التالية:

جدول (٥)

معوقات تطبيق العلاج المعرفى السلوكى على مرضى الفصام

م	المعوقات	ك	%
١	لأن تأهيلى ليس كافياً	٣٣	٧١,٧٤
٢	الأطباء لا يحولون الحالات	١٨	٣٩,١٣
٣	العلاج الدوائي أفضل	١١	٢٣,٩١
٤	الظروف فى مصر لا تساعد على ممارسة العلاج المعرفى السلوكى	٦	١٣,٠٤
٥	لأن الأطباء يعترضون على ذلك	٣	٦,٥٢
٦	العلاج المعرفى السلوكى لا يصلح لمرضى الفصام	٣	٦,٥٢
١٦	غير مبين	١١	٢٣,٩١

ربما يبدو الموقف فيما يتعلق بممارسة الأخصائيين النفسيين للعلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام منطقياً إلى حد كبير وذلك نظراً لحداثة الدراسات التى حاولت تقييم فعالية الأساليب المعرفية السلوكية مع مرضى الفصام، حيث ظل الأمر فى البداية قاصراً على مرضى الاكتئاب ثم بدأ يمتد ليشمل أمراضاً أخرى كالقلق والمخاوف والوسواس القهرى والاعتماد على المواد النفسية، وربما يرجع ذلك جزئياً إلى أن التعامل مع مرضى الفصام يتسم بالصعوبة خاصة فى الطور الحاد، ونظراً لأن غالبية المرضى يكونوا فاقدى الاستبصار وهو أحد أهم شروط ممارسة العلاج المعرفى السلوكى، ومن ثم فعادة ما يتأخر حتى تتحسن الحالات نسبياً وتستقر، يضاف إلى ذلك أنه رغم النتائج المبشرة لاستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام، فإنه ما يزال هناك بعض الجدل حول استخدامه (Dickerson 2000 ; Kingdon & Hansen, 2004).

وربما كان الموقف بالنسبة لاستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى الفصام فى ضوء نتائج الدراسات المتاحة داعياً للمزيد من الدعم للاستفادة من مواطن قوة هذا الأسلوب فى تحسن بعض جوانب القصور لدى المرضى كالتدريب على التواصل، والتدريب على المهارات الاجتماعية والتقليل من الهلاوس والهذاءات، وهو ما يمكن للأخصائيين النفسيين - إذا تم تأهيلهم - من الإسهام فيه.

التوصيات:

١- العناية بتأهيل الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى مجال العلاج النفسى بصفة عامة وفى مجال العلاج المعرفى السلوكى بصفة خاصة باعتباره من الأساليب التى تأكدت فائدتها مع عدد كبر من الأمراض النفسية.

٢- الاهتمام بتدريب الأخصائيين النفسيين لتوجيه مزيد من الاهتمام نحو مرضى الفصام باعتبارهم يشكلون الغالبية العظمى من نزلاء مستشفيات الأمراض النفسية.

٣- الإسراع فى إنشاء مراكز متخصصة تتيح التدريب على العلاج النفسى بصفة عامة والعلاج المعرفى السلوكى بصفة خاصة باعتباره من الأساليب الحديثة والتى تناسب طبيعة

العصر ونوعيــة الأمــراض النفــسية الأكثر انتشاراً.

٤- إيجاد حلول عملية لمشكلة التكاليف المادية المطلوبة للتأهيــل فــى مجــال العلاج النفسى، بتقديم المنح أو ابتكــار نظــام للتقــسيط، أو إيجــاد حــوافز للمتفوقين تتمثل فــى تقــديم التــدريب مجاناً لهم، وكذلك الاستعانة بأصــحاب المستشفيات والمراكز الخاصــة لــدعم عمليات التدريب وتمويلها.

٥- تقــديم حــوافز ماديــة ووظيفيــة للأخصائيين الــذين يحــصلون علــى تدريب مناسب فى مجال العلاج النفسى لتشجيع المزيد منهم على السعى نحــو الحصول على هذا التدريب.

٦- العمل على توثيق التعــاون بــين أقسام الطب النفــسى بكليــات الطــب وأقسام علم النفس بكليات الآداب مــن أجل إيجاد نوع من التدريب المتكامــل الــذى يقــدم للأخــصائيين النفــسيين والأطباء النفسيين فى مجــال العــلاج النفسى.

٧- إنشاء قاعدة بيانات تكون متاحــة للجميع تحتوى على معلومــات عــن أماكن التــدريب ومواعيــد الــدورات التدريبية، مع إحداث نوع من التنــسيق بين الجهات القائمة بالتدريب للاستفادة المتبادلة من الخبرات والــسعى نحــو مزيد من التخصص.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية:

١- أحمد عكاشة (١٩٩٨). ***الطب النفسى المعاصر***، القاهرة: الأنجلو المصرية.

٢- براون، ت. أ ؛ أوليرى، ت. أ ؛ بارلو، د. هـ (٢٠٠٢)، اضطراب القلق العام، ترجمة محمد نجيب الصبوة فى: ديفيد بارلو (محرر) ***مرجع إكلينيكى فى الاضطرابات النفسية: دليل علاجى تفصيلى***، القاهرة: الأنجلو المصرية، ص ص ٣٣٥ – ٤٦٨.

٣- ليهى، روبرت (٢٠٠٦). ***دليل عملى تفصيلى لممارسة العلاج النفسى المعرفى فى الاضطرابات النفسية*** (محرر)، ترجمة، جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة، القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

٤- مصطفى سويف (٢٠٠١). ***علم النفسى العيادى***، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

٥- مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٧). ***المخدرات والشباب فى مصر: بحوث ميدانية فى مدى انتشار المواد المؤثرة فى الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب***، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٦- ناصر المحارب (٢٠٠٠). ***المرشد فى العلاج الاستعرافى السلوكى***، الرياض: دار الزهراء.

٧- هيئة الصحة العالمية (١٩٨٥). دور الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى مؤسسات الصحة النفسية، ترجمة، زين العابدين درويش فى: مصطفى سويف وآخرين (محرر) ***مرجع فى علم النفس الإكلينيكى***، القاهرة: دار المعارف ص ص ٥١ – ٦١.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

8- Chandwick, P.P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996) ***Cognitive therapy for delusions, voices, and paranoia***, New York: Wiley.

9- Dickerson, F.B. (2000). Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies, ***Schizophrenia Research*** ; 43, 71, 90.

10- Each, S.M, Hoarty, G.E., Greenwald, D.P., Hogarty, S.S & Keshavan, M.S. (2007). Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects., ***Schizophrenia Research***., vol. 89, 1 – 3, 308 – 311.

11- Fowler, P., Garety, P. & Kuipers, E. (1995). ***Cognitive behavior therapy for psychosis: theory and practice***, New York: John Wiley.

12- George, S., Bandopadhay, S. & Cowan, C. (2005) A case report of informal cognitive therapy of delusions by a carer: a novel treatment paradigm? ***European Psychiatry***, vol. 20, 11, 80–81.

13- Glynn, S.M. (2006). Kingdon and Turkington's cognitive therapy of schizophrenia, ***Cognitive and Behavioral Practice***, vol. 13, 1, 105– 106.

14- Gould, R, Mueser, K., Bolton, E., Mays, V. & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis, ***Schizophrenia Research***, 84, 2-3, 335 – 342.

15- Kingdon, D. & Hansen, L. (2004). ***Cognitive therapy for psychosis***, New York: the medicine publishing company ltd.

16- Kingdon, D. & Turkeington, D. (2004). ***Cognitive therapy of schizophrenia***, New York: the Guilford press.

17- Morrison, A., Renton, J., Dunn, H., Williams, S. & Bentall, R.(2004). ***Cognitive therapy for psychosis: A formulation–based approach.***, New York: Brunner–Rutledge.

18- Nelson, H. (1997). ***Cognitive behavioral therapy with schizophrenia: A practice manual***, cheltenham: Nelson thorns.

19- Penades, R., Catalan, R., Salamero, M., Boget, T. puig, O.,Guarch, J. & Gasto, C.(2006). cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: A controlled and randomized study, ***Schizophrenia Research***, vol. 87, 1-3, 323– 331.

20- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers. E., Garety. P., Geddes, T., Orbach, G. & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: 1.Meta–analysis of family intervention and cognitive behavior therapy, ***Psychological Medicine,*** 32, 763–782.

21- Pinlham, A.E., Penn, D.I., Perkins, D.O. & Lieberman J. (2003) Implications for neural basis of social cognition for the study of schizophrenia, ***Am. J. Psychiatry***, 160, 815 – 824.

22- Rector N.A, & Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioral therapy of schizophrenia: an empirical review. ***J. New. Ment.Dis,***189, 278–287.

23- Rector, N.A.; Seeman, M.V. & Segal, Z.V. (2003) Cognitive therapy for schizophrenia: A Preliminary randomized controlled trial, ***Schizophrenia Research***, vol.63, 1, 1-11.

24- Stahl, S.M. (1991). Selecting atypical antipsychotic by combining clinical experience with guidelines from clinical trials, ***J. Clin. Psychiatry***, 60, 31 – 41.

25- Zimmermann, G., Favrod, J. Trieu, V.H. & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta – analysis, ***Schizophrenia Research,*** vol. 77, 1, 1-9.

The Role Of Clinical Psychologists In Practicing Cognitive Behavior Therapy: An Exploratory Study

Gomaa S. Yousef (Ph.D)

Abstract

The aim of this study is to explore the role of clinical psychologists who works in mental hospitals in practicing cognitive behavior therapy with psychiatric patients especially schizophrenic patients. 51 clinical psychologist, 19 males, 32, females, aged between 24-56 years old with average 37.3 ± 11.1. answered a questionnaire which assess their qualification and practicing cognitive behavior therapy for many psychological disorders, especially schizophrenia. The results had been discussed in terms of available literature. Many recommendations had been introduced.